

※1 提出する日を記入してください。

令和〇年〇月〇日

大野城市長 宛

申請者 住 所 大野城市曙町2-2-1

氏 名 大野 まどか

電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

妊産婦乳児健（検）診・産後ケア事業等に係る費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。
また、当該助成金の交付が決定したときは、交付決定額を請求します。
なお、審査に当たり必要があるときは、市が住民基本台帳を閲覧すること及び受診（検）・利用医療機関等に支払い内容等を確認することに同意します。
※新生児聴覚検査の申請者は、申請の日において受検者と同一の世帯に属する者に限ります。

受診（検）者 （利用者）	フリガナ オオノ マドカ	生年月日	〇〇〇〇年〇月〇日
	氏 名 大野 まどか		
	住 所 大野城市 ※申請者と同じ場合は記入不要		

※該当する申請項目に☑

- ☐ 妊婦健康診査 ☒ 新生児聴覚検査 ☐ 産後ケア事業 ☐ 多胎妊婦健康診査
☒ 産婦健康診査 ☒ 1 か月児健康診査

【助成金振込先（申請者と同名義（※））】

銀行 農協	本店
※2 振込先は、 <u>申請者本人名義の口座</u> を記入ください 申請者以外の口座を指定の場合、委任状欄（※4）へ記入が必要です 振込先がゆうちょ銀行の場合は、通帳2ページ目にある『振込用の店名・預金種目・口座番号』を記入します	
〈ゆうちょ見本〉	

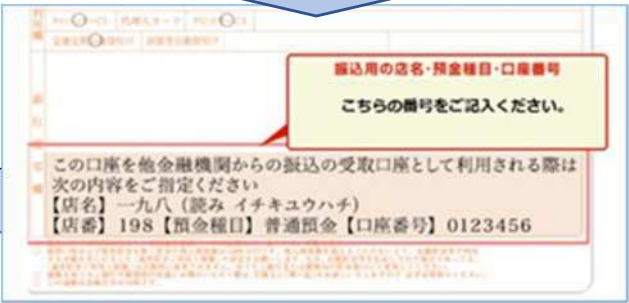
請求額合計 ①+②+③+④+⑤+⑥	※3 円
----------------------	------

1 妊婦健康診査

回数	回
----	---

2 新生児聴覚検査

子の氏名	大野 ジョー	生年月日	令和〇年〇月〇日
住 所 (申請者と違う場合)	※申請者と同じ場合は記入不要		
回 数	検査内容	※3 <<ご注意ください>> 助成金額には上限があります 申請額に誤りがあると、申請書の再提出が必要となります ※わからないときは、空欄のままで提出してください。	
初回検査	AABR・OAE		
確認検査	AABR・OAE		



3 産後ケア事業

回数	回（日）	③申請額	※3 円
----	------	------	------

4 多胎妊婦健康診査

回数	回	④申請額	※3 円
----	---	------	------

5 産婦健康診査

回数	2 回	⑤申請額	※3 円
----	-----	------	------

6 1か月児健康診査

子の氏名	大野 ジョー	生年月日	令和〇年〇月〇日
住 所 (申請者と違う場合)	※申請者と同じ場合は記入不要		
⑥申請額	※3 円		

※申請者氏名と異なる名義の口座に振込を希望する場合、下欄に記入をお願いします。

委任状			
私は、口座名義人に助成金の受領に関する一切の権限を委任します。			
年	月	日	申請者氏名 ※4 印
※4 申請者本人以外の口座を指定する場合は、上記の委任状欄に署名又は記入押印してください			

添付書類

- (1) 受診をした医療機関等が発行する妊婦健康診査、新生児聴覚検査、産後ケア事業、産婦健康診査又は1か月児健康診査の自己負担額に係る領収書の写し
- (2) 自己負担健診等の額が確認できる明細書等の写し
- (3) 受診した項目に該当する受診券等の原本（多胎妊婦健康診査は妊婦健康診査受診券の全ての本人控えの写し）
- (4) 母子健康手帳の記録等、受けた内容項目に該当する記録欄の写し
- (5) 振込先口座の通帳又はキャッシュカードの写し（口座番号等確認用）